Основы психотерапии

Лекции.

(Прочитаны на факультете психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета осенью 2002 года профессором Исуриной)

**Основные понятия.**

1.1***.* Определение.**

Психотерапия – около 500 определений – система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека.

Определения медицинские – жестко привязывают психотерапию к медицине (лечение, здоровье).

Определения психологические – основные понятия: межличностное взаимодействие, неадекватные эмоции, конфликты и т. д.

* Психотерапия –

персонализированная техника, которая представляет собой нечто среднее между познавательным процессом, который в отличие от любого другого ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями, и техникой планируемых изменений отношений чувств и поведения человека.

* Психотерапия –

целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами.

1.2. **Психотерапевтическое вмешательство (интервенция)-**

- вид воздействия, характеризуемое определенными целями и средствами.

Может обозначать как общую стратегию поведения (психологическая интервенция), так и отдельные приемы (разъяснения).

 Виды вмешательств в медицине:

1. фармакологические
2. хирургические
3. физикальные (физиотерапия)
4. психотерапия (психологические)

 Виды вмешательства в психологии (области распространения экспансии в психологии):

1. педагого-психологическая
2. организационная психология
3. клинико-психологическая

 Таким образом, психотерапевтическое вмешательство фактически клинико-психологическое вмешательство.

**1.3. Клинико-психологическое вмешательство.**

Характеристики:

1. Выбор средств – методы – те психологические средства, которые использует психолог или психотерапевт, реализуются в контексте взаимоотношений:

 А) беседа

 Б) тренинг

 В) межличностное взаимодействие

1. Функции:

А) профилактика А) и Г) психол. консультирование

Б) лечение

В) реабилитация Б) и В) психотерапия

Г) развитие

1. Целевая ориентация процесса на расширение позитивных изменений (могут быть близкие цели и отдаленные).
2. Теоретическая обоснованность.

Понятия о норме и патологии в рамках каждой теории.

1. Эмпирическая проверка.

Исследование эффективности. Исследования Граве показали высокую эффективность психоанализа и поведенческой психотерапии.

Исследования эффективности:

* репрезентативная выборка
* исследования до и после терапии с участием конкретной группы (лечившиеся определенным методом и нелечившиеся совсем)
* катамнестическое исследование (исследование после лечения: ближний катамнез – 6 месяцев; дальний катамнез – 3-5, 10-20 лет)
* независимый исследователь эффективности

6. Профессиональные действия

Интервенции должны осуществляться в профессиональных рамках и профессионалами.

Пункты 4,5,6 – отличают клинико-психологические интервенции от средне психологических воздействий.

**1.4. Психологическая коррекция.**

Возникла в связи с необходимостью узаконить занятия психотерапией не медиками, но по сути одно и то же. Были попытки (Куликов) определить специфику термина – психокоррекция – это профилактика:

 - первичная профилактика – профилактика заболевания

* вторичная профилактика – профилактика рецидива болезни
* третичная – профилактика инвалюризации

**1.5. Психологическое консультирование.**

Вид клинико-психологического вмешательства.

В общем виде – профилактическая помощь человеку/группе людей в поиске путей решения трудной ситуации.

 3 подхода:

1). Проблемно-ориентированное консультирование – анализ сущности и внешних причин проблемы и поиски путей разрешения ситуации.

2). Личностно-ориентированное консультирование – анализ внутренних причин проблемы и поиски путей предотвращения ситуаций в будущем.

3). Ресурсно-ориентированное консультирование – выявление ресурсов решения проблемы.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Психотерапия** |  Психологическое консультирование |
|  **1.средства воздействия и**психологические; широкий арсенал средств **2. цели** расширение позитивныхдостижение более глубинных изменений **3. функции**лечение и реабилитация **4. теоретическая** теоретическая психология | **методы**психологические; преимущественное средство – предоставление информацииизмененийлучшее использование собственных ресурсов и улучшение качества жизниразвитие и профилактика**обоснованность**теоретическая психология |

Дополнительные различия

|  |  |
| --- | --- |
|  психотерапия |  Психологическое консультирование |
|  **5. место** изменения непосредственно в процессе психотерапии, что является сущностью психотерапевтического процесса **6. степень самостоятельности**сопровождение психотерапевта **7. продолжительность**  не менее 15 сеансов |  **изменений**анализируется сущность проблемы, а изменения происходят после окончания консультирования**клиента**самостоятельность**воздействия** 1 –5 консультаций |

**1.6. Понятие метода психотерапии.**

 4 уровня использования термина методов (Алексанрович):

1. – методы как конкретные методические приемы или техники (гипноз, беседа, релаксация)
2. – методы, определяющие условия протекания психотерапии и оптимизирующие процесс (стационарные, семейные).
3. – методы в значении основного инструмента психотерапевтического воздействия (психотерапевт, группа).
4. – методы в значении психотерапевтических интервенций.

**1.7. Интердисциплинарный характер психотерапии.**

- С одной стороны медицина, с другой – психология.

- Смыкание с той областью медицины, с которой имеем дело.

**1.8. Личностный подход.**

Важнейший принцип медицины и психотерапии.

Реализуется в трех ипостасях:

1. изучение личности больного, закономерностей развития, специфики нарушений для использования в психотерапии.
2. Учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических техник
3. Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения.

**1.9. Общие факторы психотерапии.**

В каждой психотерапии они выступают в своей роли и имеют свое значение.

Психотерапия предполагает рассмотрение трех характеристик:

1. пациент
2. терапевт
3. процесс

Вопросы:

1. что общего происходит с пациентом при применении разных техник
2. что общего в поведении психотерапевта независимо от его теоретических представлений
3. общие этапы вне зависимости от парадигмы.

**Пациент.**

* обращение к сфере эмоциональных отношений (работа с эмоциями пациента в любой психотерапии)
* формирование самопонимания, принимаемого и пациентом, и психотерапевтом (пациент понимает себя, терапевт корригирует понимание).
* предоставление и получение информации (от клиента, от терапевта).
* Укрепление веры больного в выздоровление
* Накопление положительного опыта
* Облегчение выхода эмоций

**Терапевт.**

* целевая ориентация терапевта на достижение позитивных изменений
* внимание к взаимоотношениям пациент/терапевт.
* Сочетание принципов: «там и тогда» и «здесь и теперь»

**Процесс.**

* установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации в психотерапии
* прояснение причин и механизмов в формировании симптомов и развития эмоциональных и поведенческих нарушений – понимания пациента и терапевта должны быть одинаковы
* определение психотерапевтических мишеней
* применение определенных методов и техник, направленных на изменения
* закрепление достигнутых результатов
* окончание курса психотерапии (зависимость пациента от психотерапевта)

**1.10. Показания к психотерапии.**

* удельный вес психотерапии определяется ролью психологического фактора этиопатогенезе болезни
* показания определяются последствиями определенного заболевания (смена социального статуса, физическая ограниченность, понижение самооценки…)

**Личность.**

Центральная проблема современной психотерапии.

Психология личности пытается с позиций науки объяснить поведение человека.

Наука о личности – персонология.

Олпорт осуществил анализ существующих определений личности:

1. – биосоциальные и биофизические определения личности

 а – личность определяется реакцией на нее окружающих людей (скорее бытовое значение)

 б – исключительно качества и характеристики личности

2. - через перечисления

3. – подчеркивается интегрирующая и организационная функция личности

1. – отмечается роль личности в регуляции поведения
2. – отождествляют личность с уникальными или индивидуальными свойствами
3. – личность рассматривается как сущность человека

Теории личности отвечают на вопрос: что такое люди, почему они себя так ведут.

Теории личности выполняют функции:

* объяснение
* предсказание

Что влияет на теории личности:

* клинические наблюдения
* гештальтистская традиция (изучение фрагментов не может привести к пониманию целого)
* традиции научения, экспериментальная психология
* психолого-метрическая традиция (измерение и изучение индивидуальных различий)

**Компоненты теорий личности.**

1. структура личности (например, черты личности)
2. проблема мотивации (фокусируется на изменяющихся аспектах человека)

 Объяснение мотивации:

* редукционистическая модель – по Фрейду – поведение направлено на снятие напряжения
* модель компетенции – стремление человека получить новый опыт с целью наслаждения или самоактуализации

Маслоу признавал обе модели мотивации на разных уровнях.

1. проблемы развития личности.

Как мотивационные аспекты меняются с возрастом.

* стадийная модель развития (Фрейд, Эриксон)
* роль взаимоотношений между ребенком и взрослым (Роджерс)
1. психопатология.

Почему люди оказываются не в состоянии справиться с жизненными ситуациями.

1. проблема психического здоровья – критерии психического здоровья

Из чего складывается психическое благополучие.

Фрейд: способность работать и испытывать удовлетворение социальными межличностными отношениями.

Бандура: способность удовлетворять требованиям жизни, самоэффективность.

Маслоу: важен сдвиг с примитивных потребностей на высшие. – в изменения личности при психотерапевтическом воздействии.

Критерии оценки теорий личности:

* верифицируемость (проверяемость)
* эвристическая ценность (способность продуцировать новые исследования)
* внутренняя согласованность
* экономичность (более простые и четкие объяснения предпочтительнее)
* широта охвата (разнообразие феноменов, включенных в теорию)
* функциональная значимость (может ли теория помочь решать людям проблемы)

Какие вопросы обязательно решают теории личности:

* свобода / детерминизм
* рациональность / иррациональность (в какой степени разум оказывает влияние на человека)
* хализм (целостность – поведение можно объяснить только подходя к человеку как к целому) / элементаризм (можно объяснить только изучая каждый элемент в отдельности)
* конституционализм (проблема биологического) / инвайронментализм (проблема социального)

Что такое личность: проблема влияния среды или социальных факторов.

* изменяемость / неизменяемость (человек способен меняться на протяжении жизни)
* субъективность / объективность

Что более влияет на поведение человека: субъективный мир человека или внешние обстоятельства.

* проактивность / реактивность

Обусловлено ли поведение внутренними факторами или только серия реакций на внешние стимулы. Люди совершают поступки или просто реагируют.

* гомеостаз / гетеростаз (имеют отношение к мотивации – понижение напряжения или развитие)
* познаваемость / непознаваемость

**Невроз.**

Заболевание психогенное – обусловлено психологическими факторами.

* Невроз –

понимается как психогенное нервно-психическое расстройство, возникающее в результате действия факторов психической природы и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

* Психогения –

заболевание, где прослеживается связь между ситуацией, личностью и болезнью.

* возникновение заболевания связано с психически травмирующей ситуацией и её субъективаной неразрешенностью
* динамика клинического состояния в определенной степени совпадает с динамикой психически травмирующей ситуации (ситуация накаляется – симптоматика нарастает)
* симптомы невроза по сути дела – патологическая фиксация аффективной реакции, в которой находят отражение основные потребности и стремления личности.

**Развитие невроза (схема Мясищева)**

### Нарушение системы отношений

!

внутренний конфликт

!

межличностный конфликт

!

нервно-психические нарушения

!

функциональная реорганизация личности

физиологический уровень психологический уровень

(развитие симптоматики) (нарушение ф…онирования)

Существует позитивная и негативная диагностика неврозов:

Позитивная – выделяем признаки, характерные именно для этого заболевания – выявление психологических причин заболевания;

Негативная – исключаем органическую основу – если нет органических нарушений, а орган болит, следовательно – невроз, в основе медицинские методы исследования.

**Основные психопатологические синдромы неврозов.**

1. Астенический синдром (нервно-психологическая слабость):
* нарушения памяти внимания, понижение работоспособности
* головные боли
* нарушения сна

1 стадия – гиперстеническая (повышенная возбудимость)

2 стадия – раздражающая слабость

3 стадия – гипостеническая (вялость, отсутствие аппетита)

1. Обессивный синдром (навязчивость, одержимость):

Внезапно появляющиеся чувства, мысли, представления в данный момент противоречащие ситуации

* в интеллектуальной сфере
* в эмоциональной сфере (фобии)
* в моторной сфере (импульсии) – ритуалы, носящие охранительный характер

Контрастные навязчивости (хульные мысли) – навязчивые мысли, чувства, представления, которые не сообразуются с настоящими чувствами человека.

1. Фобический синдром:
* пространства и передвижения в теле(?)
* нозофобии (страх заболевания чем-либо)
* социофобии (страх социально значимых ситуаций)

4. Депрессивный синдром:

Понижение настроения, но не тоска; нет психической и моторной заторможенности; пессимизм ограничен психотравмирующей ситуацией; нет суицидальных мыслей или они скрыты.

5.Ипохондрический синдром (состояние болезненности):

Что-то где-то постоянно болит или болезненно оценивается; нормальные физиологические отклонения (учащения пульса при беге, тяжесть при приседании).

1. Нарушения пищевого поведения.
* нервная анорексия (отказ от еды, потеря веса, гормональные сдвиги)
* нарвная булимия (обжорство)

**Основные формы невроза:**

* неврастения
* истерия
* невроз навязчивых состояний

Специфические формы конфликта (по Мясищеву)

* между требованиями к себе и возможностями
* конфликт двух противоречивых тенденций
* между требованиями к себе и ……

**Основные направления психотерапии.**

|  |
| --- |
|  Психоаналитическое направление |
|  школа |   представитель |
| 1. классический психоанализ
2. аналитическая психология
3. индивидуалистическая психология
4. терапия желаний
5. активная аналитическая терапия
6. интерперсональная психиатрия
7. интенсивная психотерапия
8. анализ характера
9. активная техника психоанализа
10. культиральная школа
11. эгоанализ
12. чикагская школа
13. объективная психотерапия
14. краткосрочная терапия
15. директивный анализ
16. психо-биологическая терапия
17. биодинамическая терапия
18. адаптивная психодинамика
19. гипноанализ
20. анализ характера вегетотерапия
21. лингвистическо-семантический психоанализ (французская школа)
 |  Фрейд Юнг Адлер Ранг Штекель Салеван Фром-Райхен Хорни Ференци Фромм Кляйн Александер Карпманн Малан Розен Майер Массерман Радо Вольберг Райх Лакан |

|  |
| --- |
| Поведенческое направление |
| школа | представитель |
| 1. систематическая ресенабилизация1. имплозивная терапия
2. кондициональная рефлекс терапия
3. теория научения
4. теория социального научения
5. моделирующая терапия
6. директивная терапия
7. конфронтационно проблемная терапия
8. ассертивный структурный тренинг
9. личностно-констр. Терапия
10. рацио-эмотивная терапия
11. интегративная терапия
12. реальная терапия
13. философская психотерапия
14. тренинг биообратной связи
15. когнитивная психотерапия
 |  Вольпе Штампл Солтер Доллерд Роттер Бандура Гринвальд Гарнер Филипс Келли Элис Дрейкфорд Глассер Сахакиан Грин Бэк |

|  |
| --- |
| Опытное направление |
| школа | представитель |
| 1. экзистенциональный анализ
2. анализ бытия
3. лого-терапия
4. клиентоцентрированная терапия
5. гештальт-терапия
6. психоимаго терапия
7. опытная терапия
8. терапия первичного крика
9. биоэнергетический анализ
10. структурный анализ
11. аутогенный тренинг
12. трансцендентальная медитация
13. дзенпсихотерапия
14. психоделическая терапия
 |  Бинсвангер Босс Франкл Роджерс Перлз Шоррт Витакер Янув Лоуэн Рольф Лутхэ  Уотс Осмонд |

**Характеристики трех основных направлений психотерапии.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основные хар - ки | Психодинамическоенаправление | Поведенческоенаправление | Опытное направление |
| 1. основные

жалобы1. концепция патологии
2. концепция здоровья
3. вид изменения

5. временной подход и фокусировка 6. вид лечения7.задачи терапевта8. основные приемы9. модель лечения10. природа отношений при лечении11. роли и позиции терапевта | Вытеснение, первичные потребности и влечения, вытесненные в бессознательноеКонфликт между бессознательным и сознанием, между первичными потребностями и влечениями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретамиВыявление и осознание внутренних конфликтов, победа ЭГО над ИД, усиление ЭГОГлубокие внутренние изменения: понимание прошлого, то есть интеллектуально-эмоциональное знаниеИсторический: относящийся к прошломуДолгое и интенсивноеПонять содержание бессознательных процессов, их историческое и скрытое значениеИнтерпретация: связанные ассоциации, символические проявления бессознательного, анализ сопротивления и перекосаМедицинская: врач – пациент или родитель-взрослый-ребенок, то есть терапевтический союзТрансферентные (отношения переноса) и основные для лечения: нереальные отношенияИнтерпретатор–отображатель: непрямой, бесстрастный, ничего не решающий, часто фрустрирующий | Беспокойство, тревога, страхНеарантивное(?) поведение, которое возникло в результате неправильного наученияОтсутствие симптома, редукция тревоги и беспокойстваПрямое научение: изменение поведения в настоящем, то есть действия или представленияНеисторический: объективное настоящееКороткое и неинтенсивноеВыработать специфические адаптивные поведенческие ответы на стимулы, вызывающие беспокойствоНаучение: классическое и оперантное обусловливание, научение по моделямОбразовательная (воспитательная): учитель-ученик или родитель-ребенок, то есть обучающий союзРеальные, но второстепенные для лечения: нет отношенийСоветчик: прямой, решающий проблемы, практический | Раздражение, отчуждение (от себя)Невозможность самореализации, нарушение личной целостности, несовпадение Я-концепции и опытаАктуализация потенциального: саораскрытия, самореализации, осознавание собственной личности, спонтанностьНемедленный (сиюминутный) опыт: ощущения и чувства данного момента, то есть спонтанные выражения опытаАнтиисторический: данный моментКороткое, но интенсивноеВзаимодействовать в атмосфере взаимного принятия с целью вызвать самовыражение (психологическое, соматическое, духовное)ВстречаЭкзистенциальная: человек-человек ил взрослый-взрослый, то есть союз людейРеальные и первостепенные для лечения: реальные отношенияФасимитатор (инициатор взаимодействия, помощник): взаимнорешающий |

#### Основные лечебные факторы трех направлений психотерапии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| факторы | Концепция лечения | Дополнительные роли и функции |
| Эмоциональное переживаниеПознание (овладение познанием)Регуляция поведения | Повышение уровня возбуждения и ответной реакции на воздействие; растормаживание эмоций, выражение чувствПриобретение и интеграция новой информации, новых представлений, убеждений, знаний. Стимулирование к самопознанию, пониманию себя и другихИзменение и модификация поведенческих реакций; управление и контроль над действительностью и поведением | Устанавливает необходимый эмоциональный уровень для восприимчевости, воздействиям и изменениям, способствует восприимчивости пациентов, понижение сопротивления и защиты; упрощает катарситический выход подавляемого материала. Может оказывать глубокий эффект за короткий период времениПредоставляет информацию о психотерапевтическом процессе, позволяет понять и осознать задачи психотерапии, собственную роль и участие. Предоставляет знания для оптимизации изменений и их интеграции; устанавливает / восстанавливает эмоциональный баланс и регулирующую функцию ЭГО.Дает практическое и ощутимое применение достигнутым изменения. Позволяет практически, целенаправленно овладеть специфическими проблемами. Усиливает терапевтическое обучение посредством повторений и продолжительной практики нового поведения |

**Психодинамическое направление**

 ! !

 психоанализ психодинамическая или психоаналитическая

 психотерапия

 ! !

 инсайториентированная суппортивная

Психоанализ – основа психодинамического направления (глубинная психология)

Общее – представление о бессознательных психических процессах и методах, с помощью которых они осознаются и анализируются.

Психоанализ – как целостная система:

1. общая психологическая теория
2. теория психологического происхождения неврозов
3. теория психоаналитической терапии
4. **Психологическая концепция Фрейда.**

Психическая жизнь человека – выражение борьбы конфликтов различных составляющих психики.

**Бессознательный психический процесс.**

Центральное – представление о бессознательности психических процессов; это основная детерминанта, определяющая развитие личности и ее поведение.

Содержание бессознательного – инстинктивные первичные потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются.

**Инстинкт и мотивация.**

С точки зрения Фрейда, инстинкт – это не врожденный рефлекс, а побудительный мотив силы личности, это психический образ некоей потребности организма. Инстинкт – побуждение, влечение.

Телесное возбуждение – потребность, а психическая репрезентация его – желание.

Если есть потребность, то существует и напряжение. Инстинкт должен разрядить его. Это внутреннее возбуждение есть источник психического, поведение энергии, следовательно, инстинкты – побудительные силы личности.

2 группы инстинктов:

1. инстинкты жизни (эрос) – направлены на сохранение жизненных процессов
2. инстинкты смерти (тонатос) – на разрушение

Энергия либидо(1) - это не сексуальный инстинкт, а энергия всех инстинктов жизни.

**Концепция личности.**

1. Монографическая – относится к определенным уровням сознания:
* сознание
* предсознательное (в данный момент не осознается)
* бессознательное (не осознается и самостоятельно осознано быть не может)
1. Структурная – личность включает три уровня:
* ИД (оно)
* ЭГО (я)
* СУПЕРЭГО (сверх я)

Все структурные компоненты могут действовать на всех трех уровнях сознания.

ИД –источник психической энергии в основном в бессознательном (банальные инстинкты), действует согласно принципу удовольствия (немедленная разрядка напряжения).

ЭГО – разум, исправляет и контролирует инстинкты на всех уровнях сознания. Анализирует внутренние состояния, внешнее сознание, стремится удовлетворить ИД с учетом требований внешнего мира; принцип реальности. Выбирает наиболее разумные способы удовлетворения.

СУПЕРЭГО – идеальное Я, моральный аспект, формируется в процессе социализации, действует на всех уровнях сознания. Морально-этический принцип. Контроль за поведением человека.

**Тревога.**

Если ЭГО слабое, то результат давления ИД и СУПЕРЭГО – тревога.

Тревога – функция ЭГО, предупреждает об опасности.

3 типа тревоги:

* объективная тревога (реалистическая)
* невротическая тревога (связана с ИД)
* моральная (связана с СУПЕРЭГО)

Тревога сопровождается напряжением, поэтому включаются защитные механизмы психики – приемы ЭГО, направленные на понижение тревоги. Являются неосознанными, пассивными, в значительной степени искажают реальность.

|  |  |
| --- | --- |
| coping | Защитные механизмы |
| ОсознаваемыеАктивныеДостаточно адекватно отражающие реальностьНаправленные во вне на преобразование ситуации | НеосознаваемыеПассивныеВ значительной степени искажающие реальностьНаправлены вовнутрь себя на понижение тревоги |

Сoping не имеет отношения к психоанализу.

**Защитные механизмы.**

1. вытеснение (подавление) – основной механизм защиты составная часть всех других механизмов, это попытка избежать неприятных мыслей и чувств.
2. Проекция – специфические чувства, желания приписываются другим.
3. Отрицание – предшествует проекции, защита от реальности, приносящей боль.
4. Замещение – переадресовка инстиктивного импульса на менее угрожающий объект.
5. Рационализация – поведению дается объяснение, маскирующее истинную мотивацию.
6. Идентификация – тревога снимается за счет отождествления себя со значимым лицом, менее уязвимым в тревожной ситуации.
7. Идентификация с агрессором – идентификация с тем, кого на самом деле боюсь.
8. Интроекция (интроективная идентификация) – приписывание внутрь, отождествление с внутренним объектом.
9. Изоляция – отгораживание части своего опыта, представляющего угрозу.
10. Реактивная формация – человек справляется с неприемлемыми импульсами формируя противодействие (нагромождение противоположного по смыслу).
11. Регрессия – возвращение к более ранним периодам жизни в случае угрозы.
12. Сублимация – единственно здоровый путь трансформации энергии; вытеснение биологического влечения, в основе которого лежат не невротические механизмы.

ЭГО становится ареной борьбы между ИД и СУПЕРЭГО. Смысл тревоги в том, что инстинкты могут прорваться, поэтому включаются защитные механизмы. Если тревога не понижается – следует невротический симптом.

**Концепция невроза.**

Невротический симптом – способ энергетической разрядки, вытеснения напряжения. Вырвавшаяся энергия направляется на определенный орган, который в результате выходит из строя.

Психоневроз – объясняется в рамках личности человека (конфликт между ЭГО, ИД и СУПЕРЭГО)

Актуальный невроз – связан с событиями настоящего.

Нарцистический невроз –

Невроз характера –

Невроз переноса –

Невроз органа –

Детский невроз –

Невроз тревоги (страха) –

С точки зрения Фрейда, невроз – результат конфликта между бессознательным и сознанием.

Для всех психоаналитиков бессознательное – основное, но его содержание понимается по-разному.

Фрейд: основное содержание бессознательного – сексуальные и агрессивные импульсы.

Адлер: конфликт между чувством неполноценности и жаждой власти.

Юнг: бессознательное бывает двух видов: личное и коллективное (общее для всех людей психическое содержание – разум древних предков); организовно в виде архетипов.

Архетип – предласполагающие факторы, помогающие человеку реагировать в ситуациях, которых в опыте не было.

Комплексы, противоречащие нравственному чувству, вытесняются. Более аффективно заряженные – являются источником невротических расстройств.

Хорни: основная потребность – безопасность, потребность в удовлетворении – они находится в противоречии. Этот конфликт характерен и для больных, и для здоровых, важно количество, а не качество.

Фромм: потребность в свободе, автономии и безопасности. Механизмы бегства от свободы – авторитаризм, конформизм, деструктивизм. Так же важно количество, а не качество.

**Терапия.**

Исходя из вышеизложенного, Фрейд разработал лечебный метод, ключевые понятия которого: перенос, сопротивление, связь ассоциаций, интерпретация.

Основные положения.

1. Интерес к многообразию инстинктивных импульсов, их выражению, трансформации, вытеснению.
2. Уверенность в том, что подобное вытеснение главным образом сексуальное, то есть подавляются главным образом сексуальные импульсы, из чего следуют болезни в неправильном психосексуальном развитии.
3. Представление о том, что неверное психосексуальное развитие связано с конфликтами и травмами прошлого, детства, особенно с эдиповым комплексом.
4. Уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций, то есть у человека есть конфликты, но он этого не осознает.
5. Представление о том, что мы в основном имеем дело с психологической борьбой биологических внутренних импульсов и инстинктов человека.
6. Представление о защитной роли ЭГО в отношении СУПЕРЭГО.
7. Приверженность концепции психологического детерминизма или каузальности, согласно которой все мысли, чувства, поведение не являются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не будут осознаны, они помимо воли будут проявляться и определять мысли, чувства, поведение человека.

Так как невроз результат конфликта между бессознательным и сознательным необходимо осознать бессознательное (задача психотерапевта).

Фрейд считал, что есть психические феномены, в которых бессознательное проявляется:

* связанные ассоциации
* символические проявления бессознательного
* перенос
* сопротивление

Общий пафос – осознание бессознательного за счет его анализа.

Связанные ассоциации (фантазировние) – основная процедура психоанализа. Это определенная техника: пациент ослабляет контроль и говорит обо всем, что приходит ему в голову.

Символические проявления – согласно Фрейду, бессознательное не может прямо попасть в сознание, оно проникает в символических проявлениях (компромиссные проявления) – сновидения, фантазии, мечты, оговорки, описки, ошибочные действия.

Перенос (трансфер) – это отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом, возникающие в процессе психоанализа; это проекция на психоаналитика тех чувств и отношений, которые были у пациента в отношении значимого лица. Перенос может быть положительным (положительные чувства) и отрицательным (отрицательные чувства). Чаще он амбивалентен (при сочетании положительного и отрицательного возникает угроза). Во избежание переноса психотерапевт должен быть нейтральным, индеферентным.

Контрперенос – проекция психоаналитика на пациента своих мыслей, чувств, отношений. В классическом психоанализе – негативное явление. В современном анализе он допустим при условии рефлексии его с супервизором, при условии его парциальности.

Сопротивление – тенденция осознанно блокировать раскрытие болезненных переживаний, конфликтов. Это индикатор значимости.

Все 4 процесса подвергаются анализу, который предполагает определенную последовательность процедур: - конфронтация

* прояснение
* интерпретация
* преодоление

Конфронтация – пациенту необходимо понимать, что он чего-то избегает.

Фокусировка (прояснение) – помещение значимых деталей в фокус.

Интерпретация – центральная процедура анализа (предыдущие его подготавливают). Ее задача – сделать неосознаваемое – осознанным. Психоаналитик строит гипотезы в отношении событий.

Тщательная проработка (преодоление) –

**Поведенческое направление.**

Основано на психологии бихевиоризма; это практически приложение теории научения.

**Психологическая концепция.**

Теоретическая основа – бихевиоризм.

Начало 20 века – рождение бихевиоризма. Основоположник – Отсон. Значительный вклад – Торндайк, Павлов, Бехтерев.

Методологическая основа – философия позитивизма (наука должна заниматься феноменами, доступными наблюдению).

Ортодоксы отождествляют поведение и психику. Человек носитель форм поведения по форме стимул – реакция. Вопрос – промежуточные переменные (интервирующие или медиаторные переменные).

Промежуточные переменные – психические образования, которые опосредуют реакцию организма. На сегодняшний день – это мотивационные или когнитивные процессы.

 Центральная проблема – научение, приобретение индивидуального опыта.

Существует три теории научения.

* Научение –

Процесс и результат приобретения индивидуального опыта, проявление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей.

1. **Классическое научение.**

Иначе обусловливание – выработка условного рефлекса (иначе кондиционирование).

Данная теория связана с именем Павлова.

Схема условного рефлекса стимул-реакция: рефлекс возникает только в ответ на действия.

* Генерализация стимулов: если сформировалась условная реакция, то ее будут вызывать и сходные стимулы.
* Различение стимулов –
* Угасание – постоянное понижение реакции при устранении связи между условным и безусловным стимулом.

**2. Оперантное научение.**

Связана с именами Торндайка и Скинера.

Воздействие окружающей среды определяет поведение человека: подкрепляются последствия (научение типа Р – подкрепляется реакция)Всякое подкрепление и положительное, и отрицательное, вызывает усиление поведенческой реакции, всякое научение ослабляет поведенческую реакцию.

|  |  |
| --- | --- |
| подкрепление | наказание |
| Хорошее(адаптивное) поведение вызывает действие позитивного стимула | Неадаптивное поведение прекращает действие позитивного стимула |
| Хорошее (адаптивное) поведение прекращает действие негативного стимула | Неадаптивное поведение вызывает действие негативного стимула |

При работе с детьми и подростками основная форма – поведенческий анализ.

*Классическое обусловливание****.***

### Стимул – реакция

* научение типа С
* классическая парадигма Павлова в основе
* реакция возникает только в ответ на воздействие какого-то стимула
* стимул предшествует реакции
* подкрепление связано со стимулом
* результат научения – респондентное поведение: поведение. Вызванное определенным стимулом, предшествующим поведению

*Оперантное обусловливание.*

### Реакция - стимул

* научение типа Р
* оперантная парадигма Скинера в основе
* желательная реакция может появиться спонтанно
* стимул следует за поведенческой реакцией
* подкрепление связано с реакцией
* результат научения – оперантное поведение: поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением

**3. Научение по моделям.**

Научение по моделям или социальное научение (моделирование).

Связано с именем Бандуры: человек обучается новому поведению не только, если его специально научают, но и когда наблюдает за другими людьми (моделями). Человек имитирует других людей.

Бандура называл свою теорию медиаторно-стимульная ассоциативная теория.

*Действие.*

1. Наблюдатель видит новое поведение, которого нет в его репертуаре.
2. Поведение модели может усиливать или ослаблять поведение, имеющееся в репертуаре наблюдателя.
3. Поведение модели имеет функцию воспроизведения, то есть может быть усвоено наблюдателем.

Человек представляет внешнее влияние, реакции на них – возникает внутренняя картина мира, когнитивное представление. Они и управляют поведением человека.

Когнитивная психотерапия рассматривает эти когнитивные процессы, в ее основе лежит психология познавательных процессов.

**Концепция невроза.**

Здоровье и болезнь – результат того, чему человек научился или не научился. Если опыт адаптивный, адекватный, то личность здорова. Бихевиористов не интересует история возникновения невроза.

Невроз – не адаптивное поведение, которое возникло в рамках неправильного научения (с точки зрения бихевиоризма).

**Бэк** (отец когнитивной психотерапии)

Психические проблемы возникают за счет искажения реальности, основаны на ошибочных представлениях. Несоответствующие реальности мысли – автоматические мысли или дисфункциональные отношения, неадаптивные когниции (неадекватные представления о себе и мире). Бэк выделил специфический класс мыслей, характерных для определенной симптоматики.

Реестр автономных мыслей Бэка:

* фильтрование: увеличение негативных аспектов и отбрасывание позитивного
* поляризованность: оценка всего в крайних вариантах (черное – белое)
* чрезмерная генерализация (обобщение): общие выводы на основе частного события
* чтение мыслей: мы предполагаем, что средние люди чувствуют и думают и не проверяем это
* паникерство: любой прецедент – катастрофа
* персонализация: все, что другие люди делают и говорят, связано лично со мною
* ошибочное восприятие контроля: ощущение, что мы можем полностью кого-то контролировать или нас контролировать
* ошибочное восприятие справедливости: жизнь должна быть справедлива
* обвинение кого-либо или себя при негативном событии: поиски виноватого
* моральный императив: предполагает восприятие всех чувств, мыслей с точки зрения морали, даже если нет моральной подоплеки
* эмоциональное рассуждательство: мнение, что то ,что мы чувствуем, должно быть правильно
* ошибочное представление об изменениях: мы можем заставить других людей измениться
* глобальные выводы: суждение о другом человеке или себе с глобальной позиции
* правота: мнение, что надо постоянно доказывать свою правоту себе или окружающим
* ложное представление о божественном: вознаграждение

**Эллис (РЭТ)**

Между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент.

* дискринтивные (описательные) когниции (информация о реальности)
* оценочные когниции (отношение к реальности)

Они в определенной степени связаны между собой. Связи могут быть гибкими и жесткими: при гибких связях формируется рациональная система убеждений (установок) ; при жестких связях формируется иррациональная система убеждений. Иррациональная установка – основной термин Эллиса.

Рациональной системе соответствует не слишком интенсивный (или непродолжительный) эмоциональный поток.

Иррациональная система сталкивает большое количество когниций и реальности, если они не реализуются, возникает длительный интенсивный эмоциональный поток, отсюда – эмоциональное расстройство.

Эллис выделил пять типов иррациональных установок:

1. катастрофические установки: есть события, которые при любом варианте расцениваются как ужасные, катастрофические.
2. Должествования: есть такие должествования, которые всегда должны быть реализованы (мои друзья всегда должны мне помогать)
3. Установка обязательной реализации собственных потребностей : должествование в отношении себя (я всегда должен быть на высоте)
4. Оценочные установки: убеждения в том, что можно оценивать человека в целом, а не отдельные его качества.

**Психотерапия.**

Практическое приложение концепций научения. Открытый для пациента процесс, четко формулируются цели.

**1. Методы, основанные на классическом обусловливании.**

Метод системной десинсибилизации по Вольпе (через воображение).

Смысл: погасить реакцию, надо сочетать ситуацию с противоположными состояниями.

***1 этап:*** выяснение того, какую ситуацию надо изменить

***2 этап:*** выяснение того, в каких ситуациях эта реакция проявляется

***3 этап:*** составление иерархии ситуаций, вызывающих эту реакцию. Психотерапевтический результат – в какой минимальной ситуации проявляется реакция и по мере возрастания реакции.

***4 этап:*** обучение произвольному мышечному расслаблению.

Метод произвольной мышечной релаксации по Джекобсону.

Задачи метода: - с помощью концентрации внимания выработка способности улавливать чувство напряжения в мышцах, когда оно имеется, и чувство мышечного расслабления

* понижение порога восприятия этих двух противоположных состояний (различий)
* на основе предыдущего, обучение произвольному расслаблению напряженных мышечных групп, даже если напряжение незначительно

Для овладения этими задачами , мышцы разделены на 16 групп:

1 группа: доминантная кисть и предплечье – максимально сожмите кулак

2 группа6 доминантное плечо – максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение двуглавой мышцы плеча

3 группа: не доминантная кисть и предплечье

4 группа: не доминантное плечо

5 группа: мышцы верхней трети лица – поднимите брови как можно выше

6 группа: мышцы средней трети лица – сведите как можно сильнее глаза к переносице и максимально наморщите нос

7 группа: мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад

8 группа: мышцы шеи – наклоняйте подбородок к груди и одновременно препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи

9 группа: грудь , мышцы надплечий и спины – максимально соедините лопатки книзу и к середине

10 группа: мышцы живота: максимально напрягите все мышцы брюшного пресса как перед ударом в живот

11 группа: доминантное бедро - максимально напрягите передние и задние мышцы бедра

12 группа: доминантная голень – максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни

13 группа: доминантная ступня: согните ступню вовнутрь, одновременно согните пальцы ступни

14 группа: не доминантное бедро

15 группа: не доминантная голень

16 группа: не доминантная ступня

Сначала отрабатывается одна группа мышц, потом объединяется вся рука, все лицо и т. д.

Освоение примерно за 8 сеансов по 15 минут (обязательна домашняя тренировка).

***5 этап:*** собственно системная десенсибилизация через воображение. Психотерапевт предъявляет пациенту самую простую ситуацию и заставляет его ослабить напряжение за счет выработанных умений. Ситуация предъявляется до той поры, пока напряжение не перестает возникать. Далее двигаются по иерархии напряжений. Существуют модификации метода.

**2. Методы, основанные на оперантном обусловливании.**

Жетонная система.

Ассертивный тренинг (тренинг уверенного поведения) – подкрепляются позитивные элементы поведения, а негативные переносятся заданием на другой этап.

**3.Что понимают под промежуточными переменными, с тем и работают.**

Основные методические приемы:

* предоставление информации пациенту
* самонаблюдение
* осознание ошибок мышления и собственных ресурсов мышления

Основные черты:

* актуальный диалог между пациентом и психотерапевтом
* лечение ориентировано на цель и решение проблемы; переформулирование симптома в проблему научения, которую можно решить
* основное внимание удаляется распознаванию скрытых моделей мышления и поведения

Лекция 4.

**Психодинамическое направление**

 ! !

 психоанализ психодинамическая или психоаналитическая

 психотерапия

 ! !

 инсайториентированная суппортивная

Для психоаналитической психотерапии теоретическая основа та же, что и у психоанализа. Психоанализ более интенсивен и строг.

Психоаналитическая психотерапия меньше уделяет внимания прошлому, больше – анализу актуальных проблем, и через них движение к бессознательному.

Суппортивная (поддерживающая) - акцент на поддержку, а не на развитие инсайта. Она скорее для пациентов с уязвимым ЭГО. Длительное (много лет), поддержка – ускорение, помощь в развитии социальных изменений.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фрейдизм | Неофрейдизм | Постфрейдизм |
| Учение Фрейда | Фромм, Хорни, Саливан - неопсихоанализ | Влияние психоанализа на другие области знаний, практики |

**Гуманистическое направление.**

Очень неоднородно по составу, но есть общая идея: основное – личностная интеграция клиента за счет перешивания, осознания нового опыта, полученного в ходе терапии.

**Концепция личности.**

Часто называют третьей силой, сформировалась в 50х годах 20 века.

В основе – экзистенциальная философия и феноменологический подход. Первая принесла интерес к проявлениям человеческого бытия; вторая – подход к человеку без предварительных теоретических построений, интерес к субъекту, миру переживаний человека, его опыту.

Можно проследить влияние восточной философии: подчеркивание единства души и тела.

Предмет гуманистической психологии – личность как единое целое, постоянно находящаяся в развитии.

Гуманистическая психология развивается в противовес психоанализу и бихевиоризму. Один из основоположников – Ролло Мей.

Человек характеризуется специфическими потребностями, которые низводят его на уровень инстинктов.

Личность – целостное образование, понять ее, изучая определенные ее части, невозможно. Главное – мотивационный аспект.

Детерминанта развития – потребность в самоактуализации.

Гуманистическая психология не разделяет взгляд на природу тревоги.

Основные принципы:

* признание целостности характера и природы человека
* признание роли сознательного опыта
* признание свободы воли
* признание спонтанности
* признание творческих возможностей
* способность к росту

***Самоактуализация*** – одно из важнейших понятий, процесс, сущность которого в наиболее полном развитии, раскрытии, реализации всех возможностей и способностей человека, реализации его потенциала.

Потребность в самоактуализации – основной мотивирующий фактор.

***Опыт*** – внутренний личный субъективный мир переживаний человека, совокупность переживаний - феноменальное поле, которое содержит символизированные и не символизированные переживания (в обход Фрейда – сознательное и бессознательное).

***Организм*** – сосредоточение опыта переживаний, включает не только органический опыт, но и социальный.

***Я – концепция*** – устойчивое представление человека о самом себе, те качества, которые человек воспринимает в себе: Я – реальное и Я – идеальное. Наличие адекватной Я – концепции – основа для самоактуализации.

***Конгруэнтность*** – соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. Определяет возможности самоактуализации.

Если человек допускает в сознание различные части своего опыта, то он способен к полному функционированию. То есть все, что есть в моем опыте включено в мой образ Я.

Неконгруэнтность вызывает ощущение угрозы и тревогу, что включает защитные механизмы.

Основа развития – самоактуализация, для которой необходима адекватная Я – концепция и конгруэнтность.

**Концепция невроза.**

Невроз – результат невозможности самоактуализации, непринятие себя и своего опыта.

Депривация потребностей роста может быть причиной психического заболевания.

Виктор Франкл: у каждого времени свои проблемы и свой невроз; сейчас это потеря смысла существования (экзистенциальный вакуум).

**Психотерапия.**

Разные школы, но общий смысл: восстановление целостности и единства человеческой личности. Может быть достигнута за счет переживания, осознания, интеграции всего опыта человека, в том числе во время психотерапевтического процесса (то есть принятие всего себя).

Каким путем? За счет чего? За счет встреч.

***Встреча*** – соприкосновение двух человеческих миров, это приводит к мощному переживанию, способствует принятию себя. Типы встреч:

* с другим человеком – (гуманистическая психотерапия – теоретическая база психотерапии) Роджерс, Франкл; задача психотерапевта – повысить уровень осознаваемости собственного поведения
* с самим собой – соматический подход, гештальт
* с высшим разумом – духовный подход

**Клиенто-центрированная терапия Роджерса.**

Задача: создание условий, способствующих новому опыту.

Может существовать только при определенном поведении терапевта, так называемая триада Роджерса:

* эмпатия
* безусловное положительное принятие
* собственная конгруэнтность

***Эмпатия*** – способность психиатра встать на место клиента, понимать его так, как он себя понимает.

***Безусловное положительное принятие*** – отношение к пациенту как к личности, которая обладает безусловной ценностью вне зависимости от качеств личности.

***Собственная конгруэнтность*** (аутентичность) терапевта – соответствие поведения терапевта тому, какой он на самом деле.

Основная критика направления – отсутствие методов и методик.

Опыт приобретается за счет встречи с собой, с разными аспектами своей личности. Интеграция Я за счет концентрации внимания на разных аспектах своей личности.

Приобщение к высшему началу, расширение опыта человека до космического уровня (медитация, духовный синтез).

**Личностно-ориентированная терапия.**

База: психология Мясищева.

Личность – система отношений человека к себе, к людям, к окружающему миру.

Важна иерархия отношений.

Невроз – результат нарушения системы отношений (особо значимых); когнитивное искажение и гипертрофированное детерминирование эмоционального компонента.

**Патогенетическая концепция невроза.**

Основные задачи психотерапии:

1. Изучение личности пациента, особенностей формирования и развития его системы отношений.
2. Выявление и изучение этногенетических механизмов невротического состояния.
3. Осознание причинно-следственных связей между особенностями нарушения системы отношений и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств.
4. Коррекция нарушений системы отношений больного неврозом, неадекватных форм эмоционального и поведенческого реагирования.

На базе этой психотерапии возникла личностно-ориентированная (реконструктированная) психотерапия (Карвасарский) – современный этап психотерапии Мясищева.

Задачи ее локализуются:

* в сфере интеллектуального осознания –
1. осознание взаимосвязей между ситуацией личностью и болезнью
2. осознание исторического плана собственной личности (как я такой возник)
3. осознание интерперсонального плана собственной личности (как проявляю себя в общении с другими)
* эмоциональная сфера – эмоциональная коррекция нарушенных отношений
* поведенческая сфера – формирование адекватного поведения на основе достижений в когнитивной и эмоциональной сферах

**Основные лечебные факторы психотерапии.**

## Когнитивный(осознание) – психоанализ

Поведенческий – бихевиоризм

Эмоциональный – опытная психотерапия

**Групповая психотерапия.**

##  - ***Групповая психотерапия*** –

метод, основанный на использовании групповой динамики в лечебных целях.

Может использоваться в разных теоретических подходах. Направлена не только на межличностный конфликт, но и на личностный конфликт пациента через анализ межличностного взаимодействия.

Основа – групповая динамика.

* ***Групповая динамика*** –

совокупность внутри группы социально-психических процессов и явлений, учение о силе структуре и процессах, которые действуют в группе.

* ***Группа –***

определенная общность людей с ограниченным числом членов (до20) , около 8 – 14 человек, которые характеризуются непосредственными контактами, относительно постоянный состав участников, распределение ролей.

Групповая динамика – учение о характеристике процессов, происходящих в группе, описание причинно-следственных связей, описание методических приемов изучения и исследования.

Области групповой динамики:

* исследования в социальной психологии – индивидуальное и взаимодействие между участниками группы
* педагогическая психология – совокупность приемов обучения и исследования, изучение эмоционального компонента.
* клиническая психология – методологическая основа групповой психотерапии

Первая и вторая – прикладная групповая динамика.

* ***Групповая динамика (клиническая)*** –

совокупность всех взаимоотношений и взаимодействий, возникающих в группе, включая и группового психотерапевта.

**Элементы групповой динамики.**

1. **Цели и задачи группы**.
* терапевтические цели: разобраться в проблемах каждого члена группы, личностный рост, излечение
* антитерапевтические цели

В начале работы терапевт не дает информацию о целях и задачах группы. Предлагается обсудить цели и задачи с точки зрения каждого члена группы, их ожидания в зависимости от целей и задач.

1. **Групповые нормы** – правила внутри группы.

Обычно, четко в начале не декларируются, а вырабатываются в группе совместно

* открытое выражение чувств
* безоценочные суждения
* обязательность высказывания
* активность
* терпимость
* принятие позиции других

Нормы могут быть терапевтическими и антитерапевтическими (например, высказывания по кругу).

Для невротичных пациентов характерны жесткие нормы, это диагностично. Нормы важный элемент в личностной характеристике.

1. **Структура группы, групповые роли, проблема лидерства.**

Структура:

* формальная
* неформальная

Роли:

* ***альфа позиция*** –лидер, импонирующий группе, побуждающий к активности
* ***бета позиция*** – эксперт, высоко оцениваемый группой, рассматривающий ситуацию, анализирующий ее, достаточно отстраненный от группы
* ***гамма позиция* –** пассивный, легко приспосабливающийся, конформист
* ***омега позиция*** – крайний, отстает от других по неспособности, отличается от остальных

Для невротиков характерен стереотипный ролевой репертуар. Роли здесь выполняют защитную функцию.

Лидерство связано с проблемой руководства, зависимости, каковы отношения с формальным лидером (психотерапевта), за что соперничество.

1. **Групповая сплоченность.**

Связность, сцепление.

Привлекательность группы для ее участников – важный элемент групповой динамики: чем выше групповая сплоченность, тем эффективнее группа применительно к отдельному пациенту.

1. **Групповое напряжение.**

(противоположность сплоченности) – центробежные силы, разрывающие группу. Группа существует на балансе между сплоченностью и напряженностью. Групповая напряженность неизбежна, но имеет не только негативные функции, но и позитивные:

* фактор, активизирующий усилия по изменениям, стимулятор активности
* фактор, проявляющий негативные эмоции, позволяющий проявлять их, говорить о них
* фактор, активизирующий проявления непривычных, но свойственных человеку стереотипов поведения

Групповое напряжение способствует диагностике негативных эмоций.

При преобладании сплоченности – невысокий психотерапевтический эффект; при преобладании напряженности – велик риск распада группы. Терапевт должен поддерживать равновесие между сплоченностью и напряженностью.

1. **Актуализация прежнего эмоционального опыта.**

Позволяет диагностировать проблему пациента и найти пути изменения.

* Отождествление, проекция своих переживаний на других участников группы.
1. **Формирование подгруппы.**

Негативный признак. Терапевту следует выяснить цели и задачи подгруппы, причины их возникновения. Обсуждение этого помогает разрушать подгруппы.

1. **Главные виды вербальной коммуникации в группе.**

При анализе формы высказывания можно выйти на проблемы:

* вопросы
* ответы
* гипотезы
1. **Процесс групповой психотерапии.**

Фазный характер процесса.

**Фаза 1.** – ориентации, поиска смысла, пассивного ожидания.

Высокий уровень напряжения в группе:

* индивидуальная составляющая связана с собственными проблемами каждого пациента
* групповая составляющая, так как существуют значительные расхождения в ожиданиях к психотерапевту(как он должен себя вести) и тем, как он ведет себя на самом деле.

Ожидания – врач возьмет всю ответственность за лечение на себя. Пациенты ждут расспросов, диагноза, рецепта. Но групповая динамика возможна при относительном равноправии участников: если повышается напряжение, то проявляется пассивное поведение пациентов.

Пассивное поведение пациентов.

Проявляется в периоды снятия напряжения за счет неконструктивной активности. Подфазы:

* ***псевдосплоченность*** – за счет активных пациентов, которые берут на себя роль лидера, драматизация травматических факторов, нагнетание обстановки; мы хорошие, они плохие, меняться нужно им – тупик;
* ***козел отпущения*** – неконструктивная критика, выносящая раздражение, напряжение сбрасывается за счет неконструктивной критики в адрес одного из участников группы; можно выбрать председателя для снижения напряжения.

**Фаза 2.** – растормаживание агрессивности, бунт против терапевта.

Высокий уровень напряжения, поведение участников группы более активно, аффективно заряжено, агрессивно настроено к психотерапевту.

Показатель – большое количество вопросов к психотерапевту. Либо агрессия на метод (косвенная). В открытую не говорят об агрессии. Думают: либо плохой профессионал, либо плохой человек.

Конструктивное разрешение ситуации – открытое выражение эмоций по отношению к психотерапевту и обсуждение причин, побуждающих к агрессии, как следствие – разрешение конфликта.

В этой фазе затрагиваются основные проблемы личности:

* проблема ответственности (перекладывание на психотерапевта) – невротический симптом – способ переложить ответственность с себя на свой организм
* взаимоотношения с авторитетами (с родительской фигурой) - с одной стороны желание привлечь внимание психотерапевта, с другой – эмансипация конфликта с психотерапевтом характерная для инфантильных пациентов
* проблема негативных эмоций – возможность открыто говорить об этом психотерапевту; реатрибутирование негативных эмоций – кому человек приписывает испытываемые эмоции; за позитивные чувства отвечаю я, как и за негативные. (Я раздражен, так как я ожидал другого).

Человек может контролировать свои чувства, если он их осознает и принимает, так как сам является источником своих чувств.

Иногда для общего «дозревания» напряжения терапевт усиливает различными приемами напряжение, чтобы его вскрыть.

Конструктивное завершение фазы – открытое выражение агрессии и ее переработка.

**Фаза 3.** – развитие групповых норм.

Резкое изменение характера взаимодействия. Формируется групповая сплоченность, цели, нормы, то есть групповая культура.

**Фаза 4.** – рабочая фаза, осознание целенаправленной деятельности, выработка новых форм поведения.

Активно работающая психотерапевтическая группа.

Фазы 1, 2, 3 – занимают до четверти всего времени работы группы и называются подготовительными.

**Механизмы лечебного действия групповой психотерапии.**

Факторы, обеспечивающие лечебный эффект:

* переживание
* осознание
* научение

Пути изучения пациента:

* опрос пациента
* опрос специалистов
* собственные экспериментальные исследования, позволяющие выявить корреляции между переменными процесса и эффективностью

Механизмы:

1. *сообщение информации* –

краткий психологический «ликбез», информация вычленяется участниками косвенно в процессе работы группы, что-то дополняет психотерапевт (психика и соматика)

1. *универсальность страданий –*

близко сталкиваясь с проблемами и симптомами других, пациенты убеждаются, что они не одиноки – они не хуже других, но и не лучше; снимает актуальность переживаний, снижение невротического эгоцентризма

1. *внушение надежды* –

пациенты видят происходящие у других положительные изменения при их активности – появляется надежда, что он тоже сможет этого достичь. Особенно это характерно для открытых групп.

1. *альтруизм –*

люди могут помочь друг другу и я могу кому-то помочь - повышение самооценки

1. *коррегирующая рекапитуляция первичной семейной группы* –

коррекция негативных влияний, идущих из родительской семьи, в группе – множественная проекция, воспроизводство в отношениях с психотерапевтом отношений с родителями, с другими участниками группы – с другими членами семьи.

1. *межличностное научение* –

наблюдая за более эффективным поведением окружающих, человек набирается нового позитивного опыта в общении

1. *имитация поведения –*

подражание.

1. *групповая сплоченность –*

коррелирует с эффективностью психотерапии, принятие пациентом группы и наоборот

1. *катарсис –*

эмоциональное отреагирование, очищение.

1. *интерперсональное влияние* –

присуще только групповой терапии.

Какие эффекты имеет межличностное общение:

* ***когнитивный фактор*** –

образ Я в какой-либо группе за счет отражения оценок окружающих формируется и может меняться в специально организованной группе.

Обратная связь – информация о том, как воспринимают меня другие люди и как они реагируют на мое поведение, всегда истинна. В группе равная и разноплановая.

Конфронтация – столкновение человека с собой, со своими особенностями.

Самосознание (конфронтация):

* открытая (знаю о себе сам, знают обо мне другие)
* закрытая (не знаю сам, не знают другие)
* скрываемая (знаю сам, не знают другие)
* слепое пятно (то, что знают обо мне другие, но не знаю я сам)

Обратная связь – материал для конфронтации, влияет на слепую сферу самосознания.

Следует включаться в свое представление о себе.

Эгоцентрация – социоцентрация.

* ***эмоциональный фактор*** –

могут возникать ситуации, которые возникали раньше, но человек с ними не справился, но может попытаться изменить ситуацию в группе. Важен подбор группы – должен быть разнообразный состав.

* ***поведенческий фактор*** –

группа выступает как модель реальной жизни, человек продуцирует те же стереотипы поведения; в группе можно эти стереотипы изменить.

Категории лечебного воздействия можно объединить:

1. конфронтация
2. эмоциональная поддержка

В группе должен поддерживаться баланс между этими двумя типами взаимодействия. Терапевт привлекает свое внимание в ситуациях нарушения баланса – должен выяснить причины нарушения.

**Руководство психотерапевтической группой.**

Что более важно в психотерапевте: личностное или профессиональное?

При высоком уровне профессионализма личностные качества значения не имеют.

Поведение психотерапевта:

1. **Роль психотерапевта.**
* технический эксперт –

требуются определенные знания для умения управлять группой

* эталонный участник –

истинный член группы, равный участник группы

а) активный лидер, руководитель – группа пассивна

б) аналитик – способствует переносу, интерпретирует и стимулирует к интерпретации; не руководит и не направляет группу

в) комментатор – отстранен, изредка комментирует групповую динамику, не руководит и не направляет группу

г) посредник – технический эксперт, не руководит, но помогает при необходимости

д) истинный член группы –

Сочетание всех ролей зависят от теоретической ориентации психотерапевта.

1. **Ориентация психотерапевта.**
* ориентация на группу и лечение, посредством ее воздействия – используется групповая динамика
* ориентация на пациента и лечение его на фоне группы
1. **Терапевтический стиль психотерапевта**.
* эмоциональная стимуляция – психотерапевт стимулирует к различного рода активности
* опека – создание безопасной атмосферы, забота, поддержка
* познавательная функция – разъяснение, интерпретация
* исполнительная функция – распорядительная, ориентирующая, постановка заданий, выделение правил (наименее конструктивный путь)

**Основные методы групповой психотерапии.**

1. Групповая дискуссия (вербальный):
* интеракционная ориентация (анализ групповой динамики)
* биографическая (анализ биографии индивида)
* тематическая (анализ темы)
1. Психодрама (вербальный).
2. Психогимнастика (невербальный) – основное средство взаимодействия – двигательная активность, мимика.
3. Проективный рисунок (невербальный).
4. Музыкотерапия (невербальный).